

D^r Pierre BRETON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

328

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GRAVITÉ DE LA SYPHILIS

D'APRÈS LA SOUCHE

(SYPHILIS CONJUGALE)

PARIS

IMPRIMERIE P. BOLLÉ

12, Rue des Bourdonnais, 12

1925

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BRETON Pierre-Hippolyte-Ferdinand

né le 29 Juillet 1899 à SAINT-AMAND-LES-EAUX (Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GRAVITÉ DE LA SYPHILIS

D'APRÈS LA SOUCHE

(SYPHILIS CONJUGALE)

Président M. SICARD, Professeur

Imp P. BOLL, 12, rue des Bourdonnais, Paris.

(1) Indiquer le millésime de l'année au cours de laquelle la thèse a été soutenue.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN ... Pathologie médicale.
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN ... Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ Henri. Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 LEMAITRE ... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE ... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MOCQUOT ... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT .. Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHET Fils.. Histologie.
 ROUVIÈRE ... Anatomie.
 STROHL Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 TIFFENEAU . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET ... Pathologie médicale.
 WELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT .. Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER .. Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE .	Clinique chirurgicale in- fantile.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ ..	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN	Cliniq. ophtalmologique.
LœPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N... ..		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GRAVITÉ DE LA SYPHILIS
D'APRÈS LA SOUCHE
(SYPHILIS CONJUGALE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547526_0002

Dr Pierre BRETON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GRAVITÉ DE LA SYPHILIS
D'APRÈS LA SOUCHE
(SYPHILIS CONJUGALE)

PARIS

IMPRIMERIE P. BOLL

12, Rue des Bourdonnais, 12

1925

A MON PERE

Le Docteur ETIENNE BRETON
Médecin de l'Institut Prophylactique

Qui a guidé mes premiers pas dans la carrière

Faible témoignage de reconnaissance et d'admiration

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-A. SICARD

*Professeur de pathologie interne
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker.*

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur WIDAL, Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Monsieur le Docteur HARTMANN, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Monsieur le Docteur Léon BERNARD, Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Monsieur le Docteur RIBIERRE, Professeur agrégé médecin de l'Hôpital Necker.

Monsieur le Docteur SICARD, Professeur de pathologie interne, médecin de l'Hôpital Necker.

Monsieur le Docteur FREDET, Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

Monsieur le Docteur BOIDIN, médecin de l'Hôpital Tenon.

Monsieur le Docteur Félix RAMOND, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

AU DOCTEUR ARTHUR VERNES

Directeur de l'Institut Prophylactique

*Qui a bien voulu inspirer ce travail après m'avoir
fait l'honneur d'accepter une faible
contribution à son œuvre immense.*

AUX MÉDECINS
DE LA CLINIQUE ANNEXE ORDENER
DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE

Monsieur le Docteur GAUTIER, médecin-chef.

Monsieur le Docteur SIGRE.

Monsieur le Docteur BRETON

Que je remercie de leur bienveillante direction

Je tiens à remercier ici

Monsieur P. UFFOLZ, archiviste ;

*Monsieur R. BRICQ, chef de laboratoire
de l'Institut Prophylactique*

Qui m'ont aidé de leurs précieux conseils.

INTRODUCTION

Nous avons eu la chance d'entrer dès l'année 1917, aux premiers jours de nos études médicales à l'annexe Ordener de l'Institut Prophylactique du Docteur Vernes. Mobilisé, le hasard a permis de continuer à l'armée notre éducation clinique sur la syphilis comme médecin auxiliaire au centre de Mayence (1918-1919), en particulier sous la bienveillante direction du médecin-major de 1^{re} classe Escher.

Depuis, nous avons assisté régulièrement aux consultations du soir de l'Institut Prophylactique et suivi en sept ans plus de dix mille syphilitiques.

Il nous a semblé intéressant de profiter de cette documentation considérable pour suivre l'évolution de la maladie chez des conjoints et voir comment elle se comporte vis-à-vis de chacun d'eux. L'idée de cette étude a été puisée dans l'Atlas de Syphilimétrie du Docteur Vernes : (page 30. — Graphique 1.083)... « telle est la règle applicable en général à la syphilis conjugale : même souche de tréponèmes, même traitement, même résultat chez les deux conjoints ».

La syphilis conjugale, peu connue, mal définie, n'est pas considérée comme une entité. On ne trouve sur cette question

que des faits isolés rendant un travail d'ensemble impossible. Impossible également à l'hôpital, même dans les consultations spéciales, les malades n'étant pas suivis et traités de façon régulière pendant longtemps, par les mêmes médecins, avec une même directive.

L'Institut Prophylactique, par ses méthodes rigoureuses de contrôle, ses dossiers et graphiques, grâce aussi à l'assiduité des malades, offre les conditions idéales avec un maximum de garantie pour l'étude de ce chapitre de la syphilis si intéressant de par les conclusions qu'on en peut tirer pour le traitement et accessoirement pour la discussion d'un autre problème : unité ou pluralité des virus syphilitiques.

HISTORIQUE

On avait observé depuis longtemps que plusieurs individus contaminés à la même source d'infection voyaient par la suite la syphilis évoluer chez eux de la même façon pour aboutir à des accidents terminaux identiques.

Cette constatation avait été faite en particulier pour quelques étudiants contaminés le même jour par la même femme et morts tous de paralysie générale : fait célèbre, aujourd'hui quasi-classique. Par la suite, un certain nombre d'observations du même genre furent rapportées. L'idée devait naître un jour qu'il existe des races distinctes de tréponèmes donnant des syphilis différentes dans leur traduction clinique, leur évolution et leur pronostic.

Deux auteurs ont spécialement attaché leur nom à l'étude de ce problème : MM. Levaditi et A. Marie.

L'exposé de leurs recherches publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1919. Tome 33, n° 11, page 74), s'y trouve ainsi résumé :

Il existe un virus dit « neurotrope » qui se fixe avec prédilection sur le système nerveux, par opposition à un autre virus dit « dermatrope » dont l'affinité est surtout

marquée pour la peau, les muqueuses, les viscères. Ce qui semble prouvé pour ces auteurs :

1° Par ce fait que la syphilis débute et évolue chez les futurs syphilitiques nerveux de façon insidieuse. Fournier n'avait-il pas déjà dit : « les paralysies générales succèdent d'une façon très habituelle, quasi constante à des syphilis de modalités bénignes » ;

2° La syphilis nerveuse, autrefois inexistante chez les indigènes aux colonies, s'y rencontre de plus en plus à mesure que la civilisation progresse ;

3° Il existe des syphilis nerveuses conjugales et familiales. Suivent quatre observations d'association Paralysie générale et paralysie générale, une observation, paralysie et tabès ;
Enfin :

4° On connaît des observations classiques de syphilis nerveuses contractées à la même source.

En dehors de ces arguments, MM. Levaditi et Marie s'appuyaient sur de multiples expériences de laboratoire.

Ayant inoculé en série des animaux (lapin en particulier), les uns avec la sérosité provenant de chancres syphilitiques (virus dermatrope), les autres avec le sang des paralytiques généraux arrivés à un stade plus ou moins avancé de leur évolution (virus neurotrope), ils avaient finalement constaté que :

a) *L'inoculation*, courte pour le virus dermatrope, est très longue pour le virus neurotrope.

b) Les lésions produites au point d'inoculation (scrotum) diffèrent beaucoup.

1° Avec le virus dermatrope on a des lésions macroscopiquement ulcéreuses, croûteuses, indurées, avec au microscope infiltration et endartérite très marquées ; on trouve le tréponème dans les couches profondes ;

Réflexes tendineux vifs.
Le 25 mars 1920 : H8.
Le 16 septembre 1920 : H8.
Le 23 septembre : PL : Alb.=1 gr. — HO. —
Leuco=25,8 : Reçoit 23 injections intraveineuses de
novarsénobenzol.
Le 16 juin 1921 : H8.
Le 10 septembre 1921 : H8 : Reçoit 25 injections
intraveineuses de novarsé-
nobenzol.
Le 10 mai 1922 : DO=0.
Le 15 juillet 1922 : DO=0.
Le 20 octobre DO=0 : Reçoit 28 injec-
tions de novarsénobenzol.
Le 29 juin 1923 : DO=0.
Le 3 octobre DO=0 : Reçoit 25 injec-
tions de novarsénobenzol.
Le 8 juillet 1924 : DO=0.
Le 8 décembre 1924 : PL : Albumine=0,36. —
F=O. — Leuco=1,7 (sang).
Le 8 janvier 1925 : DO=0.

24.552. Madame L. Lina, 37 ans, baigneuse.

Syphilis en 1918, roséole, alopecie, plaques mu-
queuses.

Reçoit 30 injections de novarsénobenzol, la dernière
en mars 1920.

Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes tendineux vifs.

Une fausse-couche de deux mois en 1920.

Le 8 mai 1920 : H8.

Le 16 juillet 1920 : H8.

Le 14 octobre 1920 : PL : Albumine=0,55. —
HO. — Leuco=62 : Reçoit
20 injections intraveineu-
ses de galyl du 14 octobre
1920 au 20 avril 1921.

Le 28 mai 1921 : H8.

Le 7 juillet 1921 : H8.

- Le 4 octobre , 1921 : H8 : Reçoit 20 injections intraveineuses de novarsénobenzol.
- Le 16 juillet 1922 : DO=0.
- Le 11 octobre 1922 : DO=0.
- Le 8 décembre 1922 : PL : Albumine=0,39 — DO=86. — Leuco=46,5 : Reçoit 24 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 8 décembre 1922 au 30 mai 1923.
- Le 31 juillet 1923 : DO=0.
- Le 11 octobre 1923 : DO=3 : Reçoit 14 injections intramusculaires de Quinby.
- Le 12 mai 1924 : DO=0 : Reçoit 11 injections intramusculaires de muthanol.
- Le 4 novembre 1923 : DO=0 : Traitement intramusculaire par injections d'oxymuth en cours.

OBSERVATION XIII

20:262. Monsieur C. Edouard, 47 ans, comptable.

Chancre suivi de roséole et de plaques muqueuses en 1892 au régiment. Traité par frictions et pilules de HG. 90 injections d'Hectine.

Actuellement : ataxie avancée, troubles de la miction, douleurs fulgurantes.

Réflexes oculaires : normal à gauche, lent à droite, r. tendineux abolis.

Alcoolisme avoué.

Le 30 décembre 1916 : H8.

Le 27 décembre 1916 PL : Albumine=050. — HO
Leuco : 2 : Reçoit 45 injections intraveineuses de novarsénobenzol en un an.

Le 14 mai 1918 : H8.

Le 20 juin 1918 PL : Albumine=0,40. — H8. —
— Leuco : 2 : Reçoit 25 injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Le 18 août : 1918 : H8.

Le 1^{er} octobre 1918 : H8—> : Reçoit 20 injections intraveineuses de galyl.

Le 20 juillet 1919 : H8 : Reçoit en un an 31 injections intraveineuses de galyl.

Le 8 janvier 1921 : H8 : Reçoit 12 injections intraveineuses de galyl.

En janvier et février 1922 : Reçoit 9 injections de galyl-argentique.

En janvier 1923 : +0 injections intramusculaires de muthanol.

20.343. Madame C. Elisa, 49 ans, ménagère.

En 1893, 3 mois après son mariage roséole et plaques muqueuses buccales. Traitée par pilules pendant 2 mois.

1 fausse-couche de 6 semaines en 1893.

1 fausse-couche de 7 mois en 1896.

1 fille de 18 ans, chétive.

Réflexes oculaires et tendineux normaux.

Le 27 décembre 1916 : H8.

Le 21 mars 1917 : H8.

Le 6 novembre 1917 : H8.

Le 24 novembre 1918 PL : Albumine=0,20. — H8. — Leuco=1,2.

OBSERVATION XIV

20.245. Monsieur B. Eugène, 45 ans, représentant.

Chancre induré de la verge et Rupia en 1889.

Traitement : iodure de potassium 3 ans. Puis en 1899, douleurs fulgurantes et troubles de la vue. Reçoit alors 12 inj. d'huile grise.

En 1911 : 6 inj. de 606+7 inj. d'huile grise.

En juin 1916 : 9 inj. de 606+6 inj. de novarsénobenzol.

Le 30 décembre 1916 : H8.

Le 22 décembre PL : Alb.=0,55. — HO. — Leuco=16,8.

Actuellement crises convulsives épileptiformes. Léger Romberg. Réflexes pupillaires normaux. Réflexes tendineux abolis.

En janvier 1917 : va en consultation à la Salpêtrière où on porte le diagnostic de démence syphilitique progressive et tabès.

Internement à Sainte-Anne et décès au milieu de crise convulsive en mai 1917.

20.984. Madame B. Maria, 39 ans, modiste.

Syphilis reconnue en 1897 : syphilides généralisées puis plaques muqueuses vulvaires.

Traitée par Sirop de Gibert et iodure de K par intermittences.

En 1913 à Broca, 12 inj. d'huile grise.

Actuellement réflexes tendineux très vifs. pupillaires normaux, céphalée, insomnie, perte de la mémoire, vertiges.

Le 3 juillet 1917 : H8.

Le 8 juillet PL : alb.=0,30. — H8=Leuco=5,4 : Reçoit 19 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 10 juillet au 1^{er} novembre 1917.

Le 3 décembre 1917 : H8.

Le 3 janvier 1918 : H8.

Le 26 février 1918 : H8.

Le 4 juillet 1918 : H8.

Le 6 mai 1919 : H8.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La simple lecture des observations et graphiques ci-dessus donne nettement l'impression que la syphilis évolue chez les conjoints suivant une ligne identique dans la majorité des cas.

On est frappé même de certaines ressemblances si poussées qu'on pourrait croire à une coïncidence si le fait ne se renouvelait chez de nombreux couples.

Et cette similitude se retrouve non seulement dans les manifestations cliniques de la maladie, dans son évolution, dans sa traduction sérologique, mais encore dans les résultats obtenus avec les différents traitements, dans le pronostic.

Nous nous bornerons à citer les numéros des dossiers, ne pouvant publier tous les graphiques ni même résumer les observations pour tous les cas dont nous parlerons.

I. DU POINT DE VUE CLINIQUE

La durée moyenne de l'incubation, du coït infectant au jour d'apparition du chancre est sensiblement la même pour les deux conjoints.

A une incubation longue correspond une incubation longue + de 45 jours. (N^{os} 29.292, 30.385.)

A une incubation brève correspond une incubation brève, — de 15 jours. (N^{os} 24.026, 27.504.)

Son type clinique aussi : chancre phagédénique. (N^{os} 27.359, 27.477.)

Réaction ganglionnaire particulièrement forte. (N^{os} 20.769, 20.802.)

Certains couples font des accidents cutanés intenses du type secondaire. (N^{os} 24.026, 27.504.)

D'autres, des lésions muqueuses ulcérées (N^{os} 23.270, 23.282), ou à tendances leucoplasiques (N^{os} 20.276, 20.277).

Même pour les lésions tardives comme pour les gommés, on retrouve le même parallélisme. (N^{os} 20.058, 20.059.)

Mais quand il arrive que la syphilis frappe électivement le système nerveux chez l'un des conjoints, il est exceptionnel de trouver l'autre indemne.

Les associations :

Méningite syphilitique et méningite syphilitique. (N^{os} 23.843, 24.552.) (Obs. XII.)

Méningite syphilitique et paralysie générale (N^{os} 27.735, 29.869.)

Méningite syphilitique et tabès. (N^{os} 21.124, 21.177.)

Tabès et tabès. (Obs. XI.) (N^{os} 20.985, 20.988.)

Tabès et paralysie générale (N^{os} 25.276, 25.275.) deviennent presque la règle.

L'observation correspondant aux graphiques 7 et 8 est vraiment curieuse, le tréponème ayant poussé l'identité jusque dans le choix des territoires nerveux lésés (photo).

II. L'ÉVOLUTION

Le parallélisme se continue dans l'évolution de la syphilis chez les conjoints l'apparition des accidents du type secondaire est précoce, chez d'autres, il faut attendre des mois (N^{os} 24.826, 24.425) et même des années pour les voir surgir.

Et les cas sont nombreux de syphilis passée totalement inaperçue chez les deux sujets, jusqu'au jour où elle se traduit par une localisation que rien n'avait pu faire prévoir sur un viscère ou l'axe nerveux (1).

Mais c'est surtout sur les graphiques qu'on peut suivre

(1) La gravité de syphilis ne réside pas dans le degré d'élévation de l'infection, car celle-ci peut partir d'un foyer de tréponèmes placé dans » les terrains vagues » de l'organisme, sans retentissement chimique ; elle réside dans l'importance fonctionnelle des organes touchés, dont la destruction peut survivre à la disparition complète de l'infection (par ex. : le tabès).

cette évolution identique chez les conjoints, bien plus que cliniquement et ceci nous amène à parler de

III. LA SÉROLOGIE

Ici encore, nous trouvons des identités, plus peut-être que dans les autres chapitres envisagés — les graphiques en font foi. Notons tout de suite les notions que l'on retire de leur lecture.

Voici un cas de syphilis conjugale récente (25.112, 25.147), Gr. 1 et 2 colorimétrique avec positivité maxima à l'échelle de Vernes, soit Ho. Même série d'injections arsenicales intra-veineuses reçues régulièrement et bien tolérées. Un mois après la dernière, plus trace de l'infection dans le sérum et pendant de nombreux mois, la réaction donne toujours H_8 . Au bout d'un certain temps, l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, montre que celui-ci est normal tant du point de vue sérologique (H_8) que du point de vue chimique (albumine) et éléments figurés.

Des examens du sérum espacés sur plusieurs années restent négatifs depuis. Une seule série arsenicale bien dirigée a suffi pour éteindre définitivement l'infection : 95 % des malades arrivant à l'institut dans ces conditions, traités suivant le même principe et assidus, arrivent au même résultat : *l'extinction de l'infection*.

Pour les formes plus anciennes ou plus virulentes, il faut souvent insister, répéter les cures devant les réveils de l'infection et l'on obtient l'issue favorable.

Mêmes constatations pour les N^{os} 24.026, 27.504, Gr. 3-4 avec cette particularité intéressante que l'homme guéri d'une première syphilis relativement bénigne se réinfecte un mois avant son mariage et contamine sa femme. Ces cas de réinfection ne sont pas rares malgré les avertissements prodigués aux malades. Certains ont guéri leur troisième syphilis.

Mais il est évident qu'un gros effort doit être fait dans le but de détruire ce principe désuet et erroné, mais tenace : à savoir qu'on ne rattrape pas la vérole.

En vérité, si on ne contractait pas deux fois la syphilis au temps de maître Fournier, c'est qu'on n'était pas armé pour guérir la première infection.

Voici, au contraire, une forme de syphilis particulièrement tenace et sévère (N^{os} 4.961, 21.045, Gr. 5-6) : malheureusement, les exigences du métier du mari l'astreignant à des déplacements longs et lointains où il était suivi de sa femme n'ont pas permis au couple de se soumettre régulièrement aux lois du traitement et de la surveillance ininterrompue jusqu'à guérison confirmée. Peut-être le but serait-il déjà atteint malgré la virulence du tréponème s'il en avait été autrement.

Syphilis de 13 mois quand les malades arrivent à l'Institut, l'homme aurait reçu 18 injections de 606 dans une officine louche, la femme n'a pas été traitée.

Suivons la marche de l'infection : on la voit sous l'influence de traitements répétés se traduire sur le graphique par une série d'oscillations d'amplitude variable pour s'éteindre dans le sang définitivement ; mais dernière épreuve de garantie, la ponction lombaire dont on découvre l'intérêt puissant révèle l'existence d'une méningite syphilitique en évolution quoique parfaitement latente cliniquement. La limite de tolérance des malades aux dérivés arsено-benzoliques étant atteinte, on a recours au traitement bismuthique qui donne si souvent d'excellents résultats en cette occasion.

Plusieurs séries d'injections sous-cutanées profondes ont été faites. Une est encore en cours actuellement. Après quoi, il y aura lieu de faire un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien.

Notons en passant :

1° Que ces malades depuis le jour où ils sont arrivés à l'Institut n'ont présenté aucune manifestation clinique de leur syphilis dont la vitalité ne s'est traduite que par les réactions de laboratoire ;

2° Qu'on ne retrouve chez les époux aucune tare ou intoxication organique pouvant expliquer la résistance du tréponème qui les a infectés.

AU DOCTEUR ARTHUR VERNES

Directeur de l'Institut Prophylactique

*Qui a bien voulu inspirer ce travail après m'avoir
fait l'honneur d'accepter une faible
contribution à son œuvre immense.*

*AUX MÉDECINS
DE LA CLINIQUE ANNEXE ORDENER
DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE*

Monsieur le Docteur GAUTIER, médecin-chef.

Monsieur le Docteur SIGRE.

Monsieur le Docteur BRETON

Que je remercie de leur bienveillante direction

Je tiens à remercier ici

Monsieur P. UFFOLZ, archiviste ;

*Monsieur R. BRICQ, chef de laboratoire
de l'Institut Prophylactique*

Qui m'ont aidé de leurs précieux conseils.

INTRODUCTION

Nous avons eu la chance d'entrer dès l'année 1917, aux premiers jours de nos études médicales à l'annexe Ordener de l'Institut Prophylactique du Docteur Vernes. Mobilisé, le hasard a permis de continuer à l'armée notre éducation clinique sur la syphilis comme médecin auxiliaire au centre de Mayence (1918-1919), en particulier sous la bienveillante direction du médecin-major de 1^{re} classe Escher.

Depuis, nous avons assisté régulièrement aux consultations du soir de l'Institut Prophylactique et suivi en sept ans plus de dix mille syphilitiques.

Il nous a semblé intéressant de profiter de cette documentation considérable pour suivre l'évolution de la maladie chez des conjoints et voir comment elle se comporte vis-à-vis de chacun d'eux. L'idée de cette étude a été puisée dans l'Atlas de Syphilimétrie du Docteur Vernes : (page 30. — Graphique 1.083)... « telle est la règle applicable en général à la syphilis conjugale : même souche de tréponèmes, même traitement, même résultat chez les deux conjoints ».

La syphilis conjugale, peu connue, mal définie, n'est pas considérée comme une entité. On ne trouve sur cette question

que des faits isolés rendant un travail d'ensemble impossible. Impossible également à l'hôpital, même dans les consultations spéciales, les malades n'étant pas suivis et traités de façon régulière pendant longtemps, par les mêmes médecins, avec une même directive.

L'Institut Prophylactique, par ses méthodes rigoureuses de contrôle, ses dossiers et graphiques, grâce aussi à l'assiduité des malades, offre les conditions idéales avec un maximum de garantie pour l'étude de ce chapitre de la syphilis si intéressant de par les conclusions qu'on en peut tirer pour le traitement et accessoirement pour la discussion d'un autre problème : unité ou pluralité des virus syphilitiques.

HISTORIQUE

On avait observé depuis longtemps que plusieurs individus contaminés à la même source d'infection voyaient par la suite la syphilis évoluer chez eux de la même façon pour aboutir à des accidents terminaux identiques.

Cette constatation avait été faite en particulier pour quelques étudiants contaminés le même jour par la même femme et morts tous de paralysie générale : fait célèbre, aujourd'hui quasi-classique. Par la suite, un certain nombre d'observations du même genre furent rapportées. L'idée devait naître un jour qu'il existe des races distinctes de tréponèmes donnant des syphilis différentes dans leur traduction clinique, leur évolution et leur pronostic.

Deux auteurs ont spécialement attaché leur nom à l'étude de ce problème : MM. Levaditi et A. Marie.

L'exposé de leurs recherches publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1919. Tome 33, n° 11, page 74), s'y trouve ainsi résumé :

Il existe un virus dit « neurotrope » qui se fixe avec prédilection sur le système nerveux, par opposition à un autre virus dit « dermatrope » dont l'affinité est surtout

marquée pour la peau, les muqueuses, les viscères. Ce qui semble prouvé pour ces auteurs :

1° Par ce fait que la syphilis débute et évolue chez les futurs syphilitiques nerveux de façon insidieuse. Fournier n'avait-il pas déjà dit : « les paralysies générales succèdent d'une façon très habituelle, quasi constante à des syphilis de modalités bénignes » ;

2° La syphilis nerveuse, autrefois inexistante chez les indigènes aux colonies, s'y rencontre de plus en plus à mesure que la civilisation progresse ;

3° Il existe des syphilis nerveuses conjugales et familiales. Suivent quatre observations d'association Paralysie générale et paralysie générale, une observation, paralysie et tabès ;

Enfin :

4° On connaît des observations classiques de syphilis nerveuses contractées à la même source.

En dehors de ces arguments, MM. Levaditi et Marie s'appuyaient sur de multiples expériences de laboratoire.

Ayant inoculé en série des animaux (lapin en particulier), les uns avec la sérosité provenant de chancres syphilitiques (virus dermatrope), les autres avec le sang des paralytiques généraux arrivés à un stade plus ou moins avancé de leur évolution (virus neurotrope), ils avaient finalement constaté que :

a) *L'inoculation*, courte pour le virus dermatrope, est très longue pour le virus neurotrope.

b) Les lésions produites au point d'inoculation (scrotum) diffèrent beaucoup.

1° Avec le virus dermatrope on a des lésions macroscopiquement ulcéreuses, croûteuses, indurées, avec au microscope infiltration et endartérite très marquées ; on trouve le tréponème dans les couches profondes ;

2° Avec le virus neurotrope, les lésions sont superficielles squameuses ; au microscope elles siègent beaucoup plus autour des vaisseaux que sur leur tunique interne ; le tréponème enfin se trouve dans les couches superficielles.

c) La guérison du chancre d'inoculation est très lente pour le virus neurotrope, rapide pour l'autre.

d) Enfin le virus neurotrope est inoffensif en ce sens qu'il ne se transmet que difficilement du lapin au lapin, tandis que le virus dermatrope se transmet du lapin au lapin et au singe, même à l'homme.

Dans un autre sens, ces auteurs ont procédé à des expériences d'immunité croisée semblant confirmer leurs hypothèses.

Et ils concluaient ainsi :

« Le tréponème de la paralysie générale doit être considéré comme une variété différente du spirochète de la vérole cutanée, muqueuse et viscérale. » ,

Il existe entre ces deux espèces voisines, une différenciation initiale accentuée par une adaptation progressive ; accordant cependant un rôle prédisposant à la diminution de résistance centrale cérébro-spinale.

Pour terminer, ils donnaient ce dernier argument dont on peut discuter la valeur : inefficacité des traitements antisypilitiques appliqués à la paralysie générale et au tabès.

Pour répondre à la théorie de MM. Levaditi et A. Marie : « il existe deux variétés de tréponèmes neurotrope et dermatrope », il nous suffira de résumer le rapport de notre maître, le professeur Sicard, à la société de neurologie de Paris, paru dans la presse médicale du 7 août 1920 sur la question : Syphilis nerveuse et son traitement, et dont le paragraphe 1^{er} a pour titre : unité ou pluralité des germes syphilitiques (virus neuro ou dermatrope).

Le professeur Sicard formulait plusieurs objections à la théorie de dualité :

A. Il y a analogie microbienne : le tréponème pris dans le sang d'un paralytique général et celui qu'on trouve dans la sérosité du chancre ou par raclage d'une plaque muqueuse sont microscopiquement identiques, comme le bacille de Koch du lupus est identique à celui de la phthisie pulmonaire.

B. Etant donné la faible contagiosité du virus neurotrope de MM. Levaditi et Marie, les formes de syphilis à localisation sur le système nerveux devraient être de plus en plus rares ; or, les statistiques donnent des résultats absolument opposés : loin de se raréfier, la syphilis nerveuse est de plus en plus fréquente.

C. En troisième lieu, toutes les tentatives d'inoculation de la syphilis faite sur des paralytiques généraux sont restées négatives depuis celles faites au début par Kraft-Ebing jusqu'à celles plus récentes tentées par le professeur Sicard lui-même.

Dans un article paru antérieurement sur la même question (unité du virus syphilitique. Presse médicale, 28 juillet 1920), il formulait en ces termes son opinion sur la question : «...il apparaît donc que le virus syphilitique reste un et que les modalités cliniques qu'il peut déterminer sont fonction du terrain sur lequel il va évoluer, fonction peut-être également de sa sensibilisation par certains tissus. »

Depuis, on retrouve dans la littérature quelques articles sur la question ; ce sont des observations de syphilis conjugale ou familiale que leurs auteurs présentent à l'appui de l'une ou l'autre théorie, mais sans prendre parti ou apporter un argument nouveau. On en trouvera les références à la bibliographie ; sûrement en aurons-nous omis quelques-unes, que leurs auteurs trouvent ici nos excuses.

Nous basant sur les observations nouvelles de syphilis conjugale que l'on trouvera résumées plus loin, nous nous proposons de montrer :

1° Que la question de souche joue un rôle dans l'évolution ultérieure de la syphilis ; qu'il y a des syphilis graves, d'au-

tres bénignes, parce qu'il y a un agent infectieux plus ou moins virulent comme dans toutes les maladies infectieuses;

2° Que pratiquement cette question présente un gros intérêt social lorsqu'on la rapporte aux époux ; il y a une utilité certaine à connaître l'évolution probable de la syphilis chez le conjoint contaminé par l'autre et chez leurs descendants;

3° D'autant plus que l'extinction de l'infection peut-être normalement espérée vu les conditions de traitement telles quelles peuvent être aujourd'hui assurées, tant par l'efficacité des agents thérapeutiques que par l'organisation de jour en jour meilleure de la lutte contre la syphilis, facilitée par la création des dispensaires gratuits et l'éducation de la masse.

ÉTUDE CLINIQUE.

1° Nous avons trouvé parmi les 2.000 premiers dossiers du dispensaire Ordener 156 cas de syphilis conjugale. Sur ce nombre 62 cas ont été suivis de 1 à 7 ans dans des conditions rigoureuses (1);

2° Parmi les malades actuellement traités ou surveillés, on relève 51 cas répondant aux conditions.

Nous ne retiendrons faute de place pour les développer que 8 graphiques et quelques observations prises au hasard.

Signalons toutefois que pour 100 ménages syphilitiques on trouve au premier examen à l'institut.

28 cas de syphilis (primaire) récente avec chancre.

30 cas de syphilis (secondaire) plus ancienne avec roséole ou manifestations du type secondaire.

29 cas de syphilis ancienne avec ou sans lésion viscérale.

13 cas de syphilis à localisation sur le système nerveux.

Sur ces 100 ménages, 54 avaient été traités antérieurement, 46 ne l'avaient pas été.

(1) Nous n'avons retenu pour ce travail que les cas où la contamination de conjoint à conjoint paraissait absolument indiscutable, éliminant les ménages ayant contracté la syphilis à des sources différentes, de même que ceux dont l'affection longtemps ignorée est d'origine douteuse.

Nous développons d'abord un spécimen de graphique emprunté à l'Atlas de Syphilimétrie du docteur Vernes pour la compréhension de ce qui va suivre. (Atlas page 70, graphique Co1025 *bis*).

Les points noirs reliés par un tracé noir indiquent les examens de sang. Les cercles étoiles reliés par un tracé pointillé les examens de liquide céphalo-rachidien. Les traits noirs verticaux marquent les injections.

Le procédé sérologique employé est celui de Vernes, dont les résultats s'inscrivent sur des graphiques qui montrent l'oscillation syphilitique caractérisée par des hauts et des bas très marqués, en contraste avec le tracé en plateau ou faiblement ondulant des sérums non syphilitiques.

Dans nos observations le résultat de chaque prise de sang ou ponction lombaire est indiqué pour les cas les plus anciens par la lettre H (abréviation de hémolyse) suivie de l'un des 9 chiffres de teintes colorimétriques, de H8 (sérum normal) à H0 (infection en pleine activité); cette échelle colorimétrique presque universellement adoptée est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici).

Dans les autres cas relativement récents, par les initiales D.O, c'est-à-dire densité optique suivies d'un chiffre de l'échelle photométrique.

Rappelons sommairement les bases de cette nouvelle échelle de la réaction de Vernes.

L'infection syphilitique exagère une propriété du sérum normal, celle d'agglomérer certaines particules apportées dans la réaction par l'extrait de foie ou par d'autres organes; et de plus elle y ajoute un caractère de mobilité absolument spécifique, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, elle provoque une oscillation du tracé, alors que celui d'un sérum non syphilitique reste sensiblement horizontal.

Or cette augmentation du pouvoir agglomérant qui distingue le sérum syphilitique dans des conditions bien déterminées (proportion du sérum — nombre et dimensions des par-

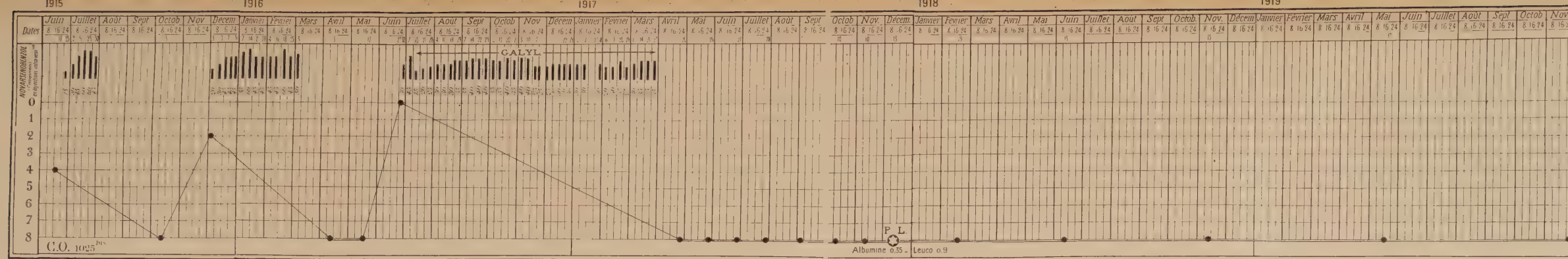
ticules en suspension, température) se manifeste par une diminution de transparence. On pouvait donc au moyen d'un instrument d'optique approprié, et au cours d'examens hebdomadaires, mensuels ou plus espacés, en observer directement la croissance ou la décroissance.

C'est pourquoi fut étudié et construit le photomètre de Vernes, Bricq et Yvon de manière à enregistrer les variations de transparence en fournissant à tout laboratoire le même chiffre de 0 à 150 et au-dessus, en permettant cette fois la mesure de l'oscillation syphilitique dans toute l'étendue de son parcours.

Etabli suivant les règles précises, le graphique syphilimétrique est le guide indicateur du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Le but du traitement est d'abaisser la courbe du sérum à 0 et de l'y maintenir pendant 8 mois consécutifs après une dernière injection d'arsenic. A cette condition et sous le contrôle d'une ponction lombaire normale, l'infection doit être considérée comme éteinte.

Ce graphique type comme tous les autres montre cette assiduité du malade qui est de règle à l'Institut prophylactique et qui était la condition expérimentale nécessaire pour établir et confirmer les lois énoncées ci-dessus.



Graphique type

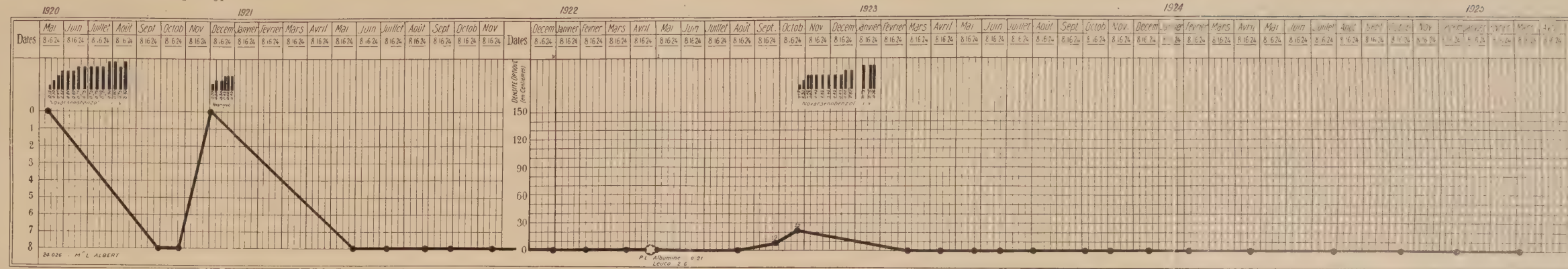
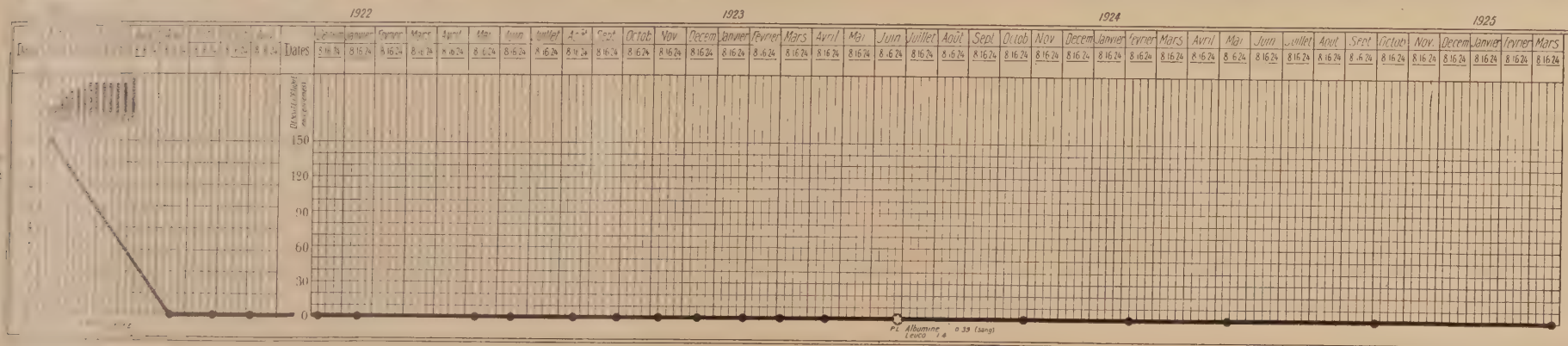
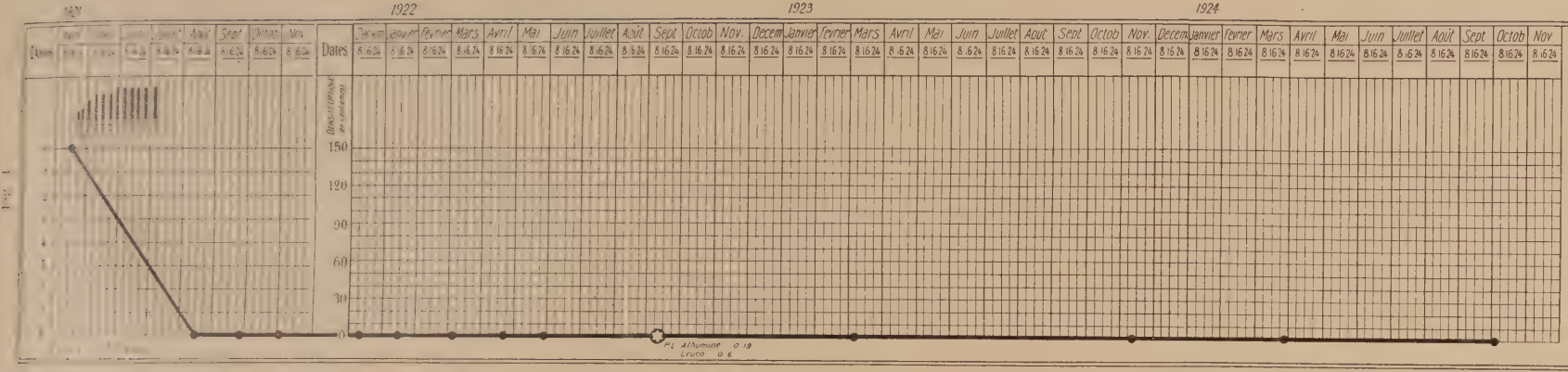


Fig. 3



OBSERVATION 1
(Figures 1 et 2)

- 25.112. Monsieur P. Louis, 52 ans, cheminot.
Se présente le 12 avril 1921, porteur depuis le mois de janvier d'une ulcération de la lèvre supérieure indurée avec petite adénite sous-maxillaire dure indolore. Roseole en évolution. Petites ulcérations des commissures. Réflexes oculaires et tendineux normaux.
- 25.147. Madame P. Jeanne, ménagère.
Aménée par son mari le 23 avril 1921, porte depuis 5 semaines une ulcération de la lèvre inférieure indurée avec grosse adénite sous-maxillaire.
Depuis hier, éruption Papulo-maculeuse à gros éléments disséminés. Céphalée légère.

OBSERVATION 2
(Figures 3 et 4)

- 24.026. Monsieur L. Albert, 31 ans, employé.
Le 12 mai 1920, se présente porteur depuis trois semaines de trois ulcérations indolores, indurées au gland.
Fin juillet 1922 : coït suspect.
15 août 1922 : petite ulcération de la verge légèrement indurée avec adénite inguinale. (Pas de trépanisme au froit. Le malade avait fait usage peu avant d'antiseptiques).
Se marie au début de septembre.
- 27.504. Madame L. Louise, 24 ans, couturière.
22 décembre 1922. Mariée en septembre 1922 à l'âge de quinze jours après son mariage une petite ulcération de la fourchette encore visible, presque cicatrisée, avec adénopathie inguinale gauche. Depuis quinze jours éruption maculeuse rosée généralisée. Amaigrissement. Asthénie.

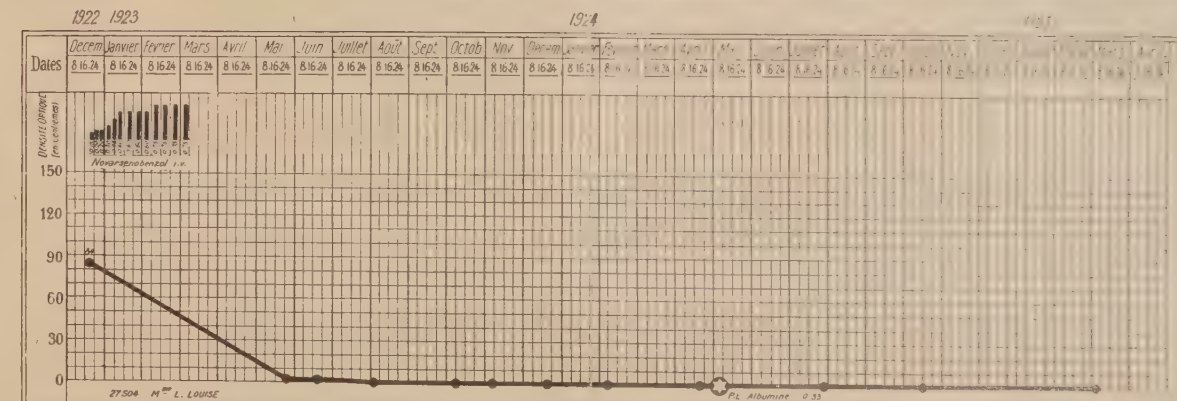
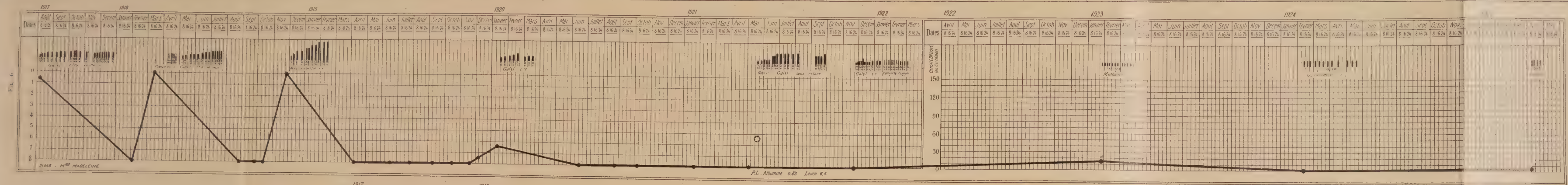
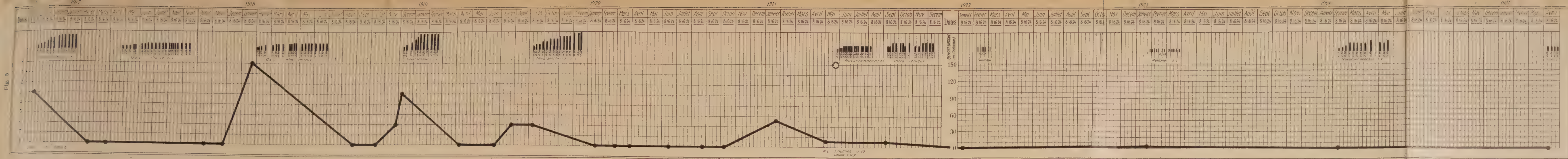


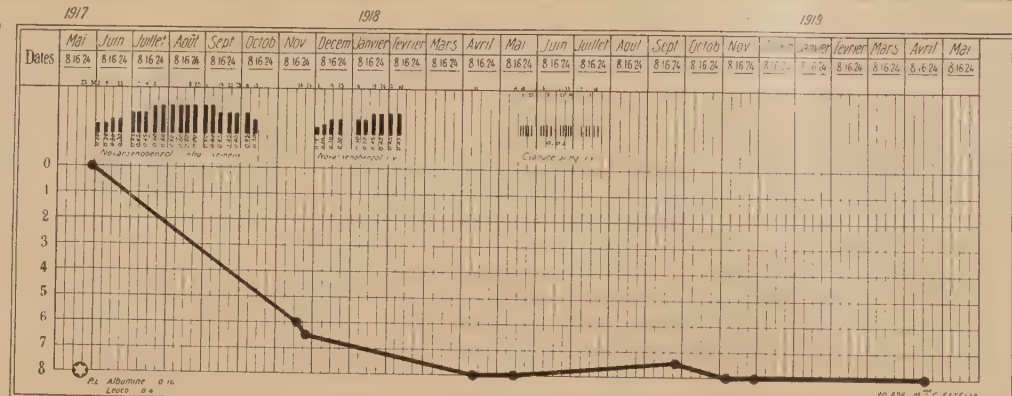
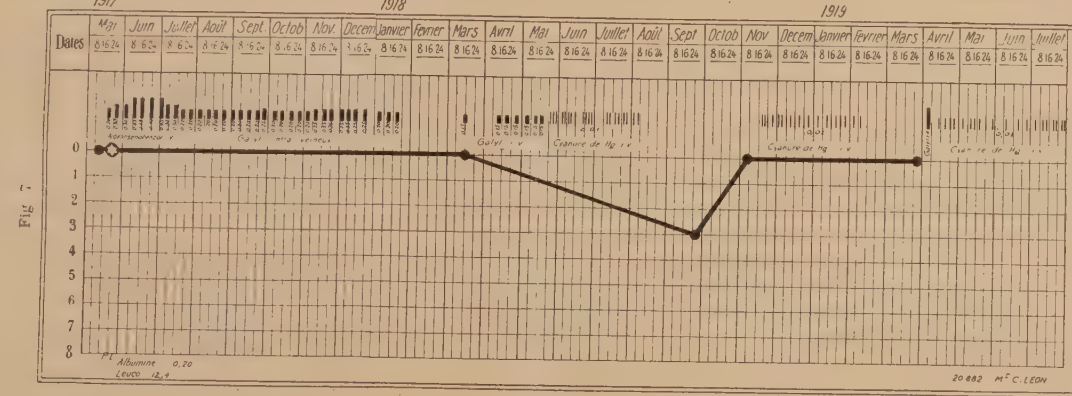
Fig. 4



OBSERVATION 3
Figures 5 et 6

Monsieur M. Double, 31 ans, inspecteur de police.
Malade depuis 1913, vertige, céphalée, fièvre, traitée par 18 injections de 600 espaces en un an.
Se présente le 20 octobre 1916, sans manifestation clinique de syphilis.
Indices normaux et tendreux normaux.

Mme M. Madeleine, 25 ans, sans profession.
Dégénération par l'âge, épilepsie généralisée avec épilepsie, pas d'écoulement de type
syphilitique. Nécrose des traits.
Se présente le 20 août 1917 avec éruption d'éléments papuleux cuivrés sur le front, la
nuque, le poitrine, et depuis cinq jours trois exulcérations de la base des dents de la langue
longue et arborées.



OBSERVATION 4
Figures 7 et 8

20882 Monsieur C. Léon, 45 ans.
Gonorrhée à la verge mûre en 1902 non soignée. En 1915
phlogose gauche et droite de la nuque. Se traite par 18 injections de 600 espaces. Actuellement : grosse
incoordination. Signe de Romberg. Double papule sur la 3^e paire à gauche avec spasme de l'orbiculaire, léger stasie
rien. Abolition des réflexes tendineux. Contracture du sphincter.
Se plaint de vives douleurs fulgurantes.

20896 Madame C. Estelle, 40 ans.
Présente brusquement en 1915 du phlogose de la 3^e paire à gauche avec strabisme externe
entraîné par des poisons.
Actuellement incoordination, signe de Romberg, phlogose de la 3^e paire à gauche avec
mydriase et strabisme externe. Abolition des réflexes tendineux.
Se plaint de vives douleurs fulgurantes.
Partis en province en août 1919.
Voir obs. 1, 2, 3, 4 à côté des graphiques correspondants.



OBSERVATION 4

OBSERVATION V

27.359. Monsieur B. Victor, 35 ans, chaudronnier.

Depuis 1 mois 1/2, gros chancre phagédénique du sillon Adénite inguinale gauche W + à Pasteur le 9 novembre.

Le 15 novembre 1922 : DO=15 : le malade reçoit 15 injections intraveineuses de métarsénobenzol et 12 de cyanure de Hg. du 15 novembre 1922 au 15 mars 1923.

Le 20 avril 1923 : DO=0.

Le 3 mai DO=0.

Le 30 juin DO=0.

Le 9 août DO=0.

Le 2 octobre DO=0.

Le 26 décembre DO=0.

Le 27 mai 1924 : DO=0.

Le 9 juillet DO=0.

Le 6 octobre DO=0.

Le 6 novembre 1924 PL : Leuco 1,4. — DO=0. — Alb.=0,22.

24.477. Madame B. Juliette, 35 ans, ménagère.

Depuis 2 mois 1/2. Gros chancre phagédénique de la partie inférieure du vagin à l'orifice vulvaire. Adénite inguinale gauche.

Céphalée.

Amygdalite.

Le 14 décembre 1922 : DO=120 : le malade reçoit 14 injections intraveineuses de métarsénobenzol du 14 décembre 1922 au 15 mars 1923.

Le 19 avril 1923 : DO=0.

Le 19 juin 1923 : DO=0.

Le 4 avril 1923 : DO=0.

Le 25 septembre 1923 : DO=0.

Le 20 novembre 1923 : DO=0.

Le 28 février 1924 : DO=3.

Le 28 mai 1924 : DO=0.
Le 3 septembre 1924 : DO=0.
Le 28 octobre 1924 : DO=0.
Le 16 décembre 1924 : DO=0.

OBSERVATION VI

- 20.769. Monsieur G. Ernest, 35 ans, journalier:
Chancres multiples de la verge il y a un mois.
Une injection de 606 il y a 8 jours.
Actuellement, 2 chancres de la verge en voie de cicatrisation.
Adénité inguinale.
Réflexes oculaires et tendineux normaux.
Le 6 avril 1917 : H0. Le malade reçoit 15 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 6 avril au 15 juillet 1917.
Le 16 août 1917 : H8.
Le 26 septembre 1917 : H8.
Le 25 octobre 1917 : H8.
Le 19 novembre 1917 : H7 1/2.
Le 26 décembre 1917 : H8.
Le 4 février 1918 : H8.
Le 21 mars 1918 : H8.
Le 25 mai 1918 : H8.
Le 2 juin 1919 : H8.
-
- 20.802. Madame G. Mathilde, 25 ans, femme de ménage.
Syphilis il y a un mois, chancre de la petite lèvre droite.
Actuellement poly-adénite, plaques muqueuses hyperthrophiques vulvaires.
Roséole discrète.
Le 16 avril 1917 : H0. La malade reçoit 15 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 16 avril au 30 juillet 1917.
Le 3 septembre 1917 : H8.
Le 5 octobre 1917 : H8.

Le 6 novembre 1917 : H8.
Le 10 décembre 1917 : H8.
Le 5 février 1918 : H8.
Le 25 avril 1918 : H8.
Le 24 octobre 1918 : H8.
Le 24 octobre 1918 : PL : Albumine 0,20. —
H8. — Leucocyte=0,6.

OBSERVATION VII

20.929. Monsieur L. Pierre, 34 ans, facteur.

Chancrè de la verge en janvier 1916, traité de suite par le mercure, soit : 20 injections de cyanure, 50 de benzoate et 340 pillules.

Aucune manifestation clinique depuis. Réflexes normaux.

Le 1^{er} juin 1917 : H8.
Le 3 juillet 1917 : H8.
Le 10 août 1917 : H8.
Le 15 septembre 1917 : H8—>4 injections intra-veineuses de galyl (provocation) (1).
Le 6 octobre 1917 : PL=Alb.=0,20. — Leuco=1,8. — H8.
Le 29 octobre 1917 : H8.
Le 27 novembre 1917 : H8.
Le 27 février 1918 : H8.
Le 7 mai 1918 : H8.

(1) Nous employons à dessein le terme de « provocation » et non celui de « réactivation ».

La « réactivation » consiste, « chez une personne ayant le Wattermann du sang négatif, à injecter 0 gr. 30 de 914, puis à faire le Wattermann du 10^e au 20^e jour après l'injection ; dans les cas de non-guérison, la réaction devient positive à l'une de ces dates ou aux deux ; si elle reste bien négative, au contraire, la stérilisation de la syphilis est très probable. »

La « provocation » consiste, après une ou plusieurs injections arsenicales — et « à partir de la dernière injection que l'on peut appeler le jalon arsenical » — à pratiquer l'examen du sang, de mois en mois, pendant huit mois, pour constater qu'il reste normal ainsi que le liquide cérébro-spinal au 8^e mois. (Voir Atlas, page 52.)

Le 9 janvier	1919 : H8.
Le 24 mai	1924 : DO=0.
Le 28 novembre	1924 : DO=0.
Le 13 janvier	1925 : DO=0.

20.931. Madame L. Louise, 35 ans, ménagère.

En juin 1916, trois ulcérations des grandes lèvres et plaques muqueuses buccales. Traitée par 90 pilules et 75 injections de benzoate de Hg, la dernière il y a dix jours.

Depuis, céphalée-insomnie. Petite hypertrophie thyroïdienne. Réflexes normaux.

Le 9 juin	1917 : H8.
Le 3 juillet	1917 : H8.
Le 10 août	1917 : H0. Reçoit 24 injections intraveineuses de galyl du 10 août au 15 novembre 1917.
Le 18 décembre	1917 : H5.
Le 4 janvier	1918 : H5 1/2 : Reçoit 10 injections intraveineuses de galyl du 4 janvier au 12 mars 1918.
Le 16 avril	1918 : H7 : Reçoit 15 injections intraveineuses de galyl du 16 avril au 8 août 1918.
Le 9 septembre	1918 : H7 1/2.
Le 6 octobre	1918 : H8.
Le 18 novembre	1918 PL=Alb.=0,15. — Leuco=0,2. — H8.
Le 28 novembre	1918 : H8.
Le 8 janvier	1919 : H8.
Le 18 février	1919 : H8.
Le 12 mars	1919 : H8.
Le 8 mai	1919 : H8.
Le 6 août	1919 : H8.
Le 31 janvier	1920 : H8.
Le 17 juin	1920 : H8.
Le 4 mai	1921 : H8.
Le 4 octobre	1921 : H8.

Le 10 février	1922 : DO=0.
Le 27 juin	1922 : DO=0.
Le 28 octobre	1922 : DO=0.
Le 21 mars	1923 : DO=0.
Le 7 octobre	1923 : DO=0.
Le 2 mai	1924 : DO=0.
Le 6 octobre	1924 : DO=0.

OBSERVATION VIII

20.388. Monsieur P. Victor, 30 ans, graveur.

En janvier 1916. Chancre, roséole.

Pilules, 6 mois.

Réflexes tendineux vifs.

Le 6 janvier 1917 : H7.

Le 21 mars 1917 : HO : Reçoit 2 injections de novarsénobenzol, très mal tolérées, ictère 15 jours.

Le 16 mai 1917 : H8.

Le 11 juillet 1917 : H8. — Refuse tout traitement, va bien.

20.353. Madame P. Sophie, 30 ans, couturière.

Août 1916. Roséole, maux de gorge.

20 pilules-mercures et KI.

Actuellement maux de gorge-céphalée.

Réflexes tendineux vifs.

Le 27 décembre 1916 : HO : Reçoit 13 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 27 décembre 1916 au 30 avril 1917.

Le 1^{er} mai 1917 : H8.

Le 13 juin 1917 : H8.

Le 4 juillet 1917 : H8.

Le 11 septembre 1917 : H8.

Le 19 janvier 1918 : H8.

Le 22 janvier 1918 : PL : Albumine=0,30. —
H8. — Leuco=0,8.

Le 1^{er} novembre 1918 : H8.

Le 30 janvier	1919 : H8.
Le 24 janvier	1920 : H8.
Le 11 octobre	1921 : H8.
Le 25 mars	1922 : DO=0.
Le 4 octobre	1922 : DO=0.
Le 26 octobre	1923 : DO=0.

OBSERVATION IX

20.276 Monsieur L. Emile, 32 ans, mécanicien.

Syphilis chancre et roséole en 1914. Traité par liqueur et pilules (60). Ensuite plaques muqueuses buccales.

Actuellement : plaques muqueuses sur la verge et la langue. Leucoplasie étendue, Céphalée, Polyadénite. Réflexes oculaires et tendineux normaux.

Le 17 décembre 1916 : HO : Reçoit 15 injections de novarsénobenzol du 17 décembre 1916 au 15 avril 1917.

Le 18 mai 1917 : H8.

Le 13 juin 1917 : H8.

Le 2 août 1917 : H8 : Reçoit 9 injections intraveineuses de Galyl du 2 août au 5 octobre 1917.

Le 7 novembre 1917 : H8.

Le 12 décembre 1917 : H8.

Le 19 janvier 1918 : H8.

Le 21 février 1918 : H8.

Le 25 avril 1918 : H8.

Le 6 juin 1918 : H8.

Le 23 octobre 1918 : H8.

Le 20 janvier 1921 : H8.

20.277. Madame L. Hélène, 28 ans, ménagère.

Syphilis chancre et roséole en 1913. Traitée par sirop de Gibert.

Depuis plaques muqueuses dans la bouche.

Actuellement : plaques muqueuses des commissures sur fond leucoplasique. Résidu d'éruption généralisée. Onyxis.

Réflexes normaux.

Le 17 décembre 1916 : HO : Reçoit 16 injections intraveineuses de Galyl du 17 décembre 1916 au 13 avril 1917.

Le 2 mai 1917 : H8.

Le 13 juin 1917 : H8.

Le 1^{er} août 1917 : H8.

Le 11 septembre 1917 : H8.

Le 25 octobre 1917 : H8.

Le 24 décembre 1917 : H8.

Le 17 janvier 1918 : H8.

Le 22 février 1918 : H8.

Le 20 janvier 1921 : H8.

Le 28 janvier 1921 PL : Albumine=0.25. — H8. —
Leuco : 1,4.

OBSERVATION X

20.058. Monsieur C. Claude, 37 ans, musicien.

En 1906, chancre de la verge. Roséole. Plaques muqueuses buccales. Pas de traitement.

En 1907, gommes des os du crâne, douleurs osteocopes. Traitement par injections intramusculaires de calomel régulièrement suivi pendant 2 ans et demi.

En août 1915. W— à Pasteur.

Rien actuellement.

Le 30 septembre 1916 : H8.

Le 17 janvier 1917 : H8.

Le 1^{er} mai 1917 : H8.

Le 25 août 1918 : H8.

Le 7 avril 1919 : H8.

Le 4 août 1919 : PL=Alb.=0,20. — Leuco
=0,4. — H8.

20.059. Madame C. Jeanne, 38 ans, musicienne.

En 1907, roséolé. Plaques muqueuses des lèvres.

Traitée par quelques injections de calomel, mal tolérées.

En juin 1916, W+ à Pasteur. Traitée par 46 injections de sulfhydrargire, la dernière il y a deux jours.

Actuellement : gomme de la bosse frontale droite, douleurs ostéocopes. Réflexes pupillaires paresseux. Réflexe achilléen gauche aboli.

Le 30 septembre 1916 : HO : Reçoit 12 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 30 septembre du 22 décembre 1916.6

Le 27 janvier 1917 : H6 1/2.

Le 14 février 1917 : H7 : Reçoit 4 injections intraveineuses de Galyl.
3,4. — HO : Reçoit 4 injections intraveineuses de novarsénobenzol et 25 de cyanure de Hg du 5 mai au 2 août 1917.

Le 25 avril 1917 : H1.

Le 5 mai 1917 : PL=Alb.=0,25. — Leuco 3,4. — HO—>4 novarsénobenzol (intolérance + cyanure de Hg=28 ctgr.

Le 31 octobre 1917 : H8 : Reçoit dans l'année 18 inj. de sulfhydrargire et 38 de galyl.

Le 14 octobre 1918 : PL=Alb.=0,25. — Leuco =2,6. — HO : Reçoit 28 injections intraveineuses de galyl.

Le 14 octobre 1919 : PL=Alb.=0,25. — Leuco =1,4. — H8.

Le 18 octobre 1919 : H8.

Le 8 mai 1920 : H8.

Le 14 septembre 1920 : H8

OBSERVATION XI

20.985. Monsieur M. Clément, 48 ans, camionneur.

Chancre de la verge en 1899. Non traité.

En janvier 1917. Hémorragie cérébrale avec perte de connaissance : Traité par 7 injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Actuellement : Ataxie, douleurs fulgurantes, crises gastriques et laryngées.

Signe d'Argyll-Robertson et abolition des réflexes tendineux.

Le 6 juillet 1917 : H2.

Le 10 juillet 1917 : PL : Alb.=0,70. — Leuco =3. — HO : Reçoit 37 injections intraveineuses de Galyl du 6 juillet au 30 novembre 1918.

Le 3 janvier 1918 : H5 1/2.

Le 26 janvier 1918 : PL : Alb.=0,30. — Leuco =6. — HO : Reçoit 19 inj. intraveineuses de Galyl du 26 janvier au 25 juillet 1918.

Le 29 août 1918 : H7 1/2.

Le 17 octobre 1918 : H6 1/2—> : Reçoit 20 injections intraveineuses de cyanure de Hg et 15 de galyl.

Mort subite le 8 mai 1919.

20.988. Madame M. Clémentine, 45 ans, ménagère.

Syphilis en 1899, caractérisée par une éruption roséolique généralisée avec plaques muqueuses vulvaires et céphalée. Pas de fausse couche.

Actuellement, vertiges, céphalée, sciatique, douleurs fulgurantes.

Signe d'Argyll-Robertson. Réflexes tendineux faibles ou abolis (achilléens).

Basedow fruste.

- Le 10 juillet 1917 : H5.
Le 13 juillet 1917 : PL : Alb.=0,60. — Leuco
=20. — HO—> : Reçoit
30 injections intraveineu-
ses de Galyl du 11 juillet
au 2 novembre 1917.
Le 4 décembre 1917 : H6 1/2.
Le 17 janvier 1918 : PL : Alb.=0,20. — Leuco
=1,2 : Reçoit 25 injections
intraveineuses de Galyl
du 17 janvier au 25 juillet
1918.
Le 31 août 1918 : H8.
Le 5 novembre 1918 : H3 : Reçoit 20 injections
de cyanure de Hg.
Le 17 février 1919 : H4 1/2 : Reçoit 20 injec-
tions intraveineuses de
Galyl du 17 février au 20
juillet 1919.
Le 30 août 1919 : H5 1/2 : Reçoit 10 injec-
tions intraveineuses de ga-
lyl du 30 août au 15 no-
vembre 1919.
Le 16 décembre 1919 : H8 : Reçoit 21 injections
intraveineuses de galyl.
Le 23 août 1920 : H8.
Le 30 septembre 1920 : H8 : Reçoit 10 injections
intraveineuses de galyl.
Le 28 mars 1921 H8.
Le 24 mai 1921 : H7 1/2.
Le 8 septembre 1921 H8.
Le 4 décembre 1921 H8.
Le 8 septembre 1922 : F=6.
Le 22 septembre 1922 : PL : Alb.=0,28. — Leuco
=1,6. — F=9.

OBSERVATION XII

23.843. Monsieur L. Juste, 36 ans, masseur.

Chancre de la verge en 1918, suivi de roséole traité
par 3 séries de 10 cyanure de Hg + 8 : novarsénobenzol.
Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes tendineux vifs.

Le 25 mars 1920 : H8.

Le 16 septembre 1920 : H8.

Le 23 septembre : PL : Alb.=1 gr. — HO. —
Leuco=25,8 : Reçoit 23 injections intraveineuses de
novarsénobenzol.

Le 16 juin 1921 : H8.

Le 10 septembre 1921 : H8 : Reçoit 25 injections
intraveineuses de novarsé-
nobenzol.

Le 10 mai 1922 : DO=0.

Le 15 juillet 1922 : DO=0.

Le 20 octobre DO=0 : Reçoit 28 injec-
tions de novarsénobenzol.

Le 29 juin 1923 : DO=0.

Le 3 octobre DO=0 : Reçoit 25 injec-
tions de novarsénobenzol.

Le 8 juillet 1924 : DO=0.

Le 8 décembre 1924 : PL : Albumine=0,36. —
F=O. — Leuco=1,7 (sang).

Le 8 janvier 1925 : DO=0.

24.552. Madame L. Lina, 37 ans, baigneuse.

Syphilis en 1918, roséole, alopecie, plaques mu-
queuses.

Reçoit 30 injections de novarsénobenzol, la dernière
en mars 1920.

Réflexes pupillaires normaux.

Réflexes tendineux vifs.

Une fausse-couche de deux mois en 1920.

Le 8 mai 1920 : H8.

Le 16 juillet 1920 : H8.

Le 14 octobre 1920 : PL : Albumine=0,55. —
HO. — Leuco=62 : Reçoit
20 injections intraveineu-
ses de galyl du 14 octobre
1920 au 20 avril 1921.

Le 28 mai 1921 : H8.

Le 7 juillet 1921 : H8.

- Le 4 octobre 1921 : H8 : Reçoit 20 injections intraveineuses de novarsénobenzol.
- Le 16 juillet 1922 : DO=0.
- Le 11 octobre 1922 : DO=0.
- Le 8 décembre 1922 : PL : Albumine=0,39 — DO=86. — Leuco=46,5 : Reçoit 24 injections intraveineuses de novarsénobenzol du 8 décembre 1922 au 30 mai 1923.
- Le 31 juillet 1923 : DO=0.
- Le 11 octobre 1923 : DO=3 : Reçoit 14 injections intramusculaires de Quinby.
- Le 12 mai 1924 : DO=0 : Reçoit 11 injections intramusculaires de muthanol.
- Le 4 novembre 1923 : DO=0 : Traitement intramusculaire par injections d'oxymuth en cours.

OBSERVATION XIII

20.262. Monsieur C. Edouard, 47 ans, comptable.

Chancre suivi de roséole et de plaques muqueuses en 1892 au régiment. Traité par frictions et pilules de HG. 90 injections d'Hectine.

Actuellement : ataxie avancée, troubles de la miction, douleurs fulgurantes.

Réflexes oculaires : normal à gauche, lent à droite, r. tendineux abolis.

Alcoolisme avoué.

Le 30 décembre 1916 : H8.

Le 27 décembre 1916 PL : Albumine=050. — HO Leuco : 2 : Reçoit 45 injections intraveineuses de novarsénobenzol en un an.

Le 14 mai 1918 : H8.

Le 20 juin 1918 PL : Albumine=0,40. — H8. —
— Leuco : 2 : Reçoit 25 injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Le 18 août : 1918 : H8.

Le 1^{er} octobre 1918 : H8—> : Reçoit 20 injections intraveineuses de galyl.

Le 20 juillet 1919 : H8 : Reçoit en un an 31 injections intraveineuses de galyl.

Le 8 janvier 1921 : H8 : Reçoit 12 injections intraveineuses de galyl.

En janvier et février 1922 : Reçoit 9 injections de galyl-argentique.

En janvier 1923 : +0 injections intramusculaires de muthanol.

20.343. Madame C. Elisa, 49 ans, ménagère.

En 1893, 3 mois après son mariage roséole et plaques muqueuses buccales. Traitée par pilules pendant 2 mois.

1 fausse-couche de 6 semaines en 1893.

1 fausse-couche de 7 mois en 1896.

1 fille de 18 ans, chétive.

Réflexes oculaires et tendineux normaux.

Le 27 décembre 1916 : H8.

Le 21 mars 1917 : H8.

Le 6 novembre 1917 : H8.

Le 24 novembre 1918 PL : Albumine=0,20. — H8. — Leuco=1,2.

OBSERVATION XIV

20.245. Monsieur B. Eugène, 45 ans, représentant.

Chancrè induré de la verge et Rupia en 1889.

Traitement : iodure de potassium 3 ans. Puis en 1899, douleurs fulgurantes et troubles de la vue. Reçoit alors 12 inj. d'huile grise.

En 1911 : 6 inj. de 606+7 inj. d'huile grise.

En juin 1916 : 9 inj. de 606+6 inj. de novarséno-benzol.

Le 30 décembre 1916 : H8.

Le 22 décembre PL : Alb.=0,55. — HO. — Leuco=16,8.

Actuellement crises convulsives épileptiformes. Léger Romberg. Réflexes pupillaires normaux. Réflexes tendineux abolis.

En janvier 1917 : va en consultation à la Salpêtrière où on porte le diagnostic de démence syphilitique progressive et tabès.

Internement à Sainte-Anne et décès au milieu de crise convulsive en mai 1917.

20.984. Madame B. Maria, 39 ans, modiste.

Syphilis reconnue en 1897 : syphilides généralisées puis plaques muqueuses vulvaires.

Traitée par Sirop de Gibert et iodure de K par intermittences.

En 1913 à Broca, 12 inj. d'huile grise.

Actuellement réflexes tendineux très vifs. pupillaires normaux, céphalée, insomnie, perte de la mémoire, vertiges.

Le 3 juillet 1917 : H8.

Le 8 juillet PL : alb.=0,30. — H8=Leuco=5,4 : Reçoit 19 injections intraveineuses de novarséno-benzol du 10 juillet au 1^{er} novembre 1917.

Le 3 décembre 1917 : H8.

Le 3 janvier 1918 : H8.

Le 26 février 1918 : H8.

Le 4 juillet 1918 : H8.

Le 6 mai 1919 : H8.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La simple lecture des observations et graphiques ci-dessus donne nettement l'impression que la syphilis évolue chez les conjoints suivant une ligne identique dans la majorité des cas.

On est frappé même de certaines ressemblances si poussées qu'on pourrait croire à une coïncidence si le fait ne se renouvelait chez de nombreux couples.

Et cette similitude se retrouve non seulement dans les manifestations cliniques de la maladie, dans son évolution, dans sa traduction sérologique, mais encore dans les résultats obtenus avec les différents traitements, dans le pronostic.

Nous nous bornerons à citer les numéros des dossiers, ne pouvant publier tous les graphiques ni même résumer les observations pour tous les cas dont nous parlerons.

I. DU POINT DE VUE CLINIQUE

La durée moyenne de l'incubation, du coït infectant au jour d'apparition du chancre est sensiblement la même pour les deux conjoints.

A une incubation longue correspond une incubation longue + de 45 jours. (N^{os} 29.292, 30.385.)

A une incubation brève correspond une incubation brève, — de 15 jours. (N^{os} 24.026, 27.504.)

Son type clinique aussi : chancre phagédénique. (N^{os} 27.359, 27.477.)

Réaction ganglionnaire particulièrement forte. (N^{os} 20.769, 20.802.)

Certains couples font des accidents cutanés intenses du type secondaire. (N^{os} 24.026, 27.504.)

D'autres, des lésions muqueuses ulcérées (N^{os} 23.270, 23.282), ou à tendances leucoplasiques (N^{os} 20.276, 20.277).

Même pour les lésions tardives comme pour les gommages, on retrouve le même parallélisme. (N^{os} 20.058, 20.059.)

Mais quand il arrive que la syphilis frappe électivement le système nerveux chez l'un des conjoints, il est exceptionnel de trouver l'autre indemne.

Les associations :

Méningite syphilitique et méningite syphilitique. (N^{os} 23.843, 24.552.) (Obs. XII.)

Méningite syphilitique et paralysie générale (N^{os} 27.735, 29.869.)

Méningite syphilitique et tabès. (N^{os} 21.124, 21.177.)

Tabès et tabès. (Obs. XI.) (N^{os} 20.985, 20.988.)

Tabès et paralysie générale (N^{os} 25.276, 25.275.) deviennent presque la règle.

L'observation correspondant aux graphiques 7 et 8 est vraiment curieuse, le tréponème ayant poussé l'identité jusque dans le choix des territoires nerveux lésés (photo).

II. L'ÉVOLUTION

Le parallélisme se continue dans l'évolution de la syphilis chez les conjoints l'apparition des accidents du type secondaire est précoce, chez d'autres, il faut attendre des mois (N^{os} 24.826, 24.425) et même des années pour les voir surgir.

Et les cas sont nombreux de syphilis passée totalement inaperçue chez les deux sujets, jusqu'au jour où elle se traduit par une localisation que rien n'avait pu faire prévoir sur un viscère ou l'axe nerveux (1).

Mais c'est surtout sur les graphiques qu'on peut suivre

(1) La gravité de syphilis ne réside pas dans le degré d'élévation de l'infection, car celle-ci peut partir d'un foyer de tréponèmes placé dans « les terrains vagues » de l'organisme, sans retentissement chimique ; elle réside dans l'importance fonctionnelle des organes touchés, dont la destruction peut survivre à la disparition complète de l'infection (par ex. : le tabès).

cette évolution identique chez les conjoints, bien plus que cliniquement et ceci nous amène à parler de

III. LA SÉROLOGIE

Ici encore, nous trouvons des identités, plus peut-être que dans les autres chapitres envisagés — les graphiques en font foi. Notons tout de suite les notions que l'on retire de leur lecture.

Voici un cas de syphilis conjugale récente (25.112, 25.147), Gr. 1 et 2 colorimétrique avec positivité maxima à l'échelle de Vernes, soit Ho. Même série d'injections arsenicales intra-veineuses reçues régulièrement et bien tolérées. Un mois après la dernière, plus trace de l'infection dans le sérum et pendant de nombreux mois, la réaction donne toujours H₈. Au bout d'un certain temps, l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, montre que celui-ci est normal tant du point de vue sérologique (H₈) que du point de vue chimique (albumine) et éléments figurés.

Des examens du sérum espacés sur plusieurs années restent négatifs depuis. Une seule série arsenicale bien dirigée a suffi pour éteindre définitivement l'infection : 95 % des malades arrivant à l'institut dans ces conditions, traités suivant le même principe et assidus, arrivent au même résultat : *l'extinction de l'infection*.

Pour les formes plus anciennes ou plus virulentes, il faut souvent insister, répéter les cures devant les réveils de l'infection et l'on obtient l'issue favorable.

Mêmes constatations pour les N^{os} 24.026, 27.504, Gr. 3-4 avec cette particularité intéressante que l'homme guéri d'une première syphilis relativement bénigne se réinfecte un mois avant son mariage et contamine sa femme. Ces cas de réinfection ne sont pas rares malgré les avertissements prodigués aux malades. Certains ont guéri leur troisième syphilis.

Mais il est évident qu'un gros effort doit être fait dans le but de détruire ce principe désuet et erroné, mais tenace : à savoir qu'on ne rattrape pas la vérole.

En vérité, si on ne contractait pas deux fois la syphilis au temps de maître Fournier, c'est qu'on n'était pas armé pour guérir la première infection.

Voici, au contraire, une forme de syphilis particulièrement tenace et sévère (N^{os} 4.961, 21.045, Gr. 5-6) malheureusement, les exigences du métier du mari l'astreignant à des déplacements longs et lointains où il était suivi de sa femme n'ont pas permis au couple de se soumettre régulièrement aux lois du traitement et de la surveillance ininterrompue jusqu'à guérison confirmée. Peut-être le but serait-il déjà atteint malgré la virulence du tréponème s'il en avait été autrement.

Syphilis de 13 mois quand les malades arrivent à l'Institut, l'homme aurait reçu 18 injections de 606 dans une officine louche, la femme n'a pas été traitée.

Suivons la marche de l'infection : on la voit sous l'influence de traitements répétés se traduire sur le graphique par une série d'oscillations d'amplitude variable pour s'éteindre dans le sang définitivement ; mais dernière épreuve de garantie, la ponction lombaire dont on découvre l'intérêt puissant révèle l'existence d'une méningite syphilitique en évolution quoique parfaitement latente cliniquement. La limite de tolérance des malades aux dérivés arseno-benzoliques étant atteinte, on a recours au traitement bismuthique qui donne si souvent d'excellents résultats en cette occasion.

Plusieurs séries d'injections sous-cutanées profondes ont été faites. Une est encore en cours actuellement. Après quoi, il y aura lieu de faire un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien.

Notons en passant :

1° Que ces malades depuis le jour où ils sont arrivés à l'Institut n'ont présenté aucune manifestation clinique de leur syphilis dont la vitalité ne s'est traduite que par les réactions de laboratoire ;

2° Qu'on ne retrouve chez les époux aucune tare ou intoxication organique pouvant expliquer la résistance du tréponème qui les a infectés.

EXCEPTIONS

Il y a des syphilis conjugales très dissemblables chez les deux conjoints. Ces cas rares puisqu'on ne les rencontre que dans 7 à 10 % des cas, trouvent leur explication dans plusieurs causes.

A. — La première, la plus fréquente et aussi la plus grave est l'administration à l'origine de la syphilis d'un traitement arsénical intra-veineux insuffisant et insuffisant non pas tant par le nombre des injections et leur dose que par l'irrégularité avec laquelle les malades les ont reçues.

Une cure arsenicale du début, mal rythmée (injections espacées et minimes) aboutit 8 fois sur 10 au résultat inverse de celui qu'on recherchait, souvent même au désastre.

Mieux vaut l'antique traitement par pilules ou sirop de Gibert, mieux vaut même pas de traitement du tout. On retrouve souvent à l'origine d'une syphilis localisée secondairement sur l'axe nerveux une de ces cures arsénicales insuffisantes telles qu'on les faisait il y a quelques années, surtout pendant la guerre aux armées — c'était alors cas de force majeure — mais telle que les font encore actuellement certains spécialistes.

Il ne faut jamais oublier que l'arsenic dans le traitement de la syphilis est une arme à double tranchant et une arme terrible : il tue ou exalte la virulence suivant son mode d'administration.

B. — Une autre cause moins grave, mais qui n'assombrit pas moins le pronostic est l'alcoolisme.

Par les lésions qu'il détermine sur le foie, les reins, les vaisseaux, l'encéphale, il prédispose à une localisation du tréponème sur ces organes dont on arrive difficilement à le déloger. La cirrhose de Laënnec, le syndrome de Banti sont très souvent dus à cette terrible association alcoolo-

syphilitique ; même constatation pour le mal de Bright, et tout cet ensemble clinique englobé sous le terme général de syndrome cardio-rénal.

Enfin un grand nombre de paralytiques généraux sont ou ont été des alcooliques.

Circonstance aggravante : l'organisme touché par l'imprégnation alcoolique devient moins tolérant vis-à-vis des différents traitements spécifiques.

C. — Peut-être y a-t-il relation de cause à effet dans ce fait par nous fréquemment observé que la syphilis était souvent grave chez les femmes ayant subi l'opération de la castration ou dont l'équilibre endocrinien a été rompu pour tout autre cause : maladie de Basedow et toutes les insuffisances des glandes à sécrétion interne.

Les deux décès que nous avons personnellement constatés sont survenus après une injection intraveineuse minime (quelques centigrammes) de galyl, chez deux femmes ayant subi récemment l'hystérectomie totale. Et les crises nitroïdes surviennent de préférence chez ces malades pâles, un peu, bouffies aux époques irrégulières, présentant des troubles circulatoires et tous les petits signes de l'insuffisance de fonctionnement des glandes à sécrétion interne. Cette constatation doit inciter à la plus grande prudence : il est bon de faire suivre aux patientes un traitement opothérapique parallèlement au traitement anti-syphilitique.

En tous cas de faire précéder les injections arsenicales de l'ingestion d'un milligramme de solution d'adrénaline au 1/1000°.

D. — Rappelons la notion classique de malignité d'une syphilis évoluant sur un terrain primitivement tuberculeux, tandis que la tuberculose semble moins grave évoluant vers les formes fibreuses chez les syphilitiques anciens.

Tels sont les trois grands facteurs qui prédisposent aux syphilis graves et résistantes.

D'autres, secondaires, influent surtout sur la localisation des lésions. Nous connaissons ainsi :

1° Un malade qui ayant travaillé dans le plomb pendant 2 ans, 8 ans avant de contracter sa syphilis fit une paralysie radiale double, rétrocedant rapidement au traitement.

2° Plusieurs mécaniciens aux mains continuellement irritées par l'essence, l'huile, faisant des accidents palmaires tenaces et récidivants.

LE PRONOSTIC

Commandé par le mode de traitement, la question de souche, l'intégrité organique du sujet atteint, il est normal que le pronostic soit identique pour les conjoints. Cette assertion se trouve encore vérifiée en pratique.

Mais il est bien évident que la question de souche joue un rôle négligeable pour la direction du traitement. Rien ne peut faire prévoir qu'une syphilis s'éteindra d'elle-même ou qu'elle aboutira à la paralysie générale. Il faut donc agir en tout cas comme si on avait affaire à une infection grave, c'est-à-dire, soumettre rigoureusement le malade au traitement contrôlé, jusqu'à ce que le retour au sérum normal ait été obtenu et consolidé suivant les règles formulées par le Docteur A. Vernes dans l'Atlas de Syphilimétrie (page 29), puis, plus récemment, dans le 2^e fascicule des « Travaux et publications de l'Institut Prophylactique » (page 27) : « le résultat est atteint quand ce retour du sérum à l'état normal a été constaté, de trente en trente jours, pendant huit mois consécutifs ; le liquide cérébro-spinal étant normal, non pas à un moment donné, mais au huitième mois, et à la condition formelle d'effectuer tout ce contrôle à partir d'une dernière injection intra-veineuse du type arséno... »

Cette loi a été confirmée par le contrôle prolongé, sans limitation de durée, auquel restent soumis les malades qui ont été traités à l'Institut Prophylactique jusqu'à extinction de l'infection.

Croit-on, par exemple, que le malade J.-H. (graphique n° 20 reproduit dans le fascicule II) traité de 1911 à 1914 pour une méningite syphilitique grave, et dont le liquide cérébro-spinal redevenu normal a été examiné à plusieurs reprises depuis 1914 et toujours trouvé normal, ait aujourd'hui chance de voir l'infection, éteinte depuis 11 ans, reparaître dans ses centres nerveux.

EN RÉSUMÉ

Deux théories sont en présence sur cette question du virus syphilitique :

1° La théorie de dualité de MM. Levaditi et A. Marie. Il y a deux races distinctes de tréponèmes, l'une dermatrope, l'autre neurotrope, présentant chacune des caractères spéciaux, une affinité spéciale, comportant un pronostic différent ;

2° La théorie uniciste qui reconnaît plus de partisans et dont le principal défenseur est le professeur Sicard. Pour ceux-ci, le tréponème de la syphilis est un, toujours le même pour les différentes manifestations cliniques, comme le bacille tuberculeux et généralement la majorité des agents infectieux.

Nous ne reviendrons pas sur les arguments des deux partis ni leur discussion.

Quels sont les faits apportés dans ce travail :

a) la syphilis conjugale existe comme une entité ; à conditions égales de terrain et de traitement elle se traduit habituellement de manière identique chez les conjoints :

- 1° dans ses manifestations cliniques ;
- 2° dans sa traduction sérologique ;
- 3° dans son évolution et son pronostic ;
- 4° elle réagit de façon identique aux différents agents thérapeutiques (voir graphiques) ;

b) Il existe des exceptions qu'on peut expliquer :

- 1° par les conditions des traitements princeps ;
- 2° par les lésions organiques des sujets infectés touchés par une intoxication endo ou exogène ;
- 3° par des irritations locales.

CONCLUSIONS

Après étude des différentes théories émises sur le virus syphilitique, et discussion des arguments apportés à l'appui de ces théories, nous tendons à penser :

1° Qu'il existe pour la syphilis comme dans toutes les maladies infectieuses bien des degrés de virulence et qu'on ne peut décrire autant de variétés de spirochète que de formes cliniques de la syphilis ;

2° Que cependant, et les observations de syphilis conjugale rapportées semblent assez convaincantes à cet égard, la même souche de tréponème provoque chez les sujets contaminés des accidents identiques, sauf conditions de terrain exceptionnelles ;

3° Qu'on ne peut ramener à deux variétés seulement les souches de tréponème ;

4° Pratiquement la question de souche a une importance grande au point de vue social pour la famille, mais tout à fait secondaire par rapport à l'intérêt capital du traitement. Qu'on ait affaire à une syphilis bénigne ou grave, les agents thérapeutiques, actuellement à la disposition du médecin sont suffisants pour qu'on puisse promettre au malade assidu et discipliné l'extinction de l'infection. Seule la question de durée de la maladie est impossible à déterminer exactement ;

5° Ce qui démontre une fois de plus que ce qui domine toute la question d'une lutte effective contre la syphilis, c'est le traitement contrôlé. D'où la nécessité :

a) de multiplier les dispensaires de traitement gratuit dans tous les centres de quelque importance ;

b) de compléter l'éducation de la masse pour raréfier le nombre encore important des infections ignorées et éviter les réinfections ;

c) de détruire le préjugé : syphilis = maladie honteuse ;

d) enfin accessoirement montrer l'importance et la bénignité de la ponction lombaire que beaucoup considèrent encore comme une manœuvre dangereuse.

Vu, le Doyen :
ROGER.

Vu, le Président de Thèse :
SICARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

LEVADITI et MARIE : Pluralité des virus syphilitiques. (*Presse Médicale*, Paris 1920, p. 646-649.)

LEVADITI et MARIE : Pluralité des virus syphilitiques. (*Archives internationales de Neurologie*, Paris 1920, 13 s., p. 55-65.)

LEVADITI et MARIE : Pluralité des virus syphilitiques. (*Annales de l'Institut Pasteur*, Paris 1923, XXXVII, p. 189-224.)

MARIE et LEVADITI : La PG est due à un tréponème différent de celui de la syphilis banale. (*Revue de Médecine*, Paris 1920, XXVII, 193-221.)

LEVADITI et MARIE : Etude expérimentale de la transmission sexuelle de la syphilis. (*Archives internationales de neurologie*, Paris 1923, 16 s., p. 1-4.)

LEVADITI et MARIE : Etude sur le tréponème de la P.G. (*Annales de l'Institut Pasteur*, Paris 1919, XXXIII, p. 741-776.)

MARIE, LEVADITI et BANN : Transmission expérimentale du tréponème de la PG. par contact sexuel. (Compte rendu de l'Académie des sciences, Paris 1920, XX, p. 1021-1023.)

SICARD : Unité du virus syphilitique. (*Presse Médicale* 1920, p. 513.)

SICARD : Unité ou pluralité des virus syphilitiques. (*Société de Neurologie*, rapport annuel : *Presse Médicale*, Paris 1920, p. 540.)

J. KANSAS : (*Médecine Society Topeka* 1920, XX, p. 134.)
Familial syphilis.

PAGNIEZ : Pluralité des virus syphilitiques. (*Union Médicale du Canada*, Montréal 1920, p. 359-364.)

SEZARY et MARGERIDON : *Société Médicale des Hôpitaux*, 3 avril 1925.) ; (*Annales de Dermatologie*, t. II, n° 12, décembre 1921) ; syphilis conjugale nerveuse d'emblée (théorie de LEVADITI et MARIE).

VERNES : Atlas de syphilimétrie. Les conditions expérimentales de l'extinction de la syphilis (Paris 1920).

A. VERNES : Le graphique du syphilitique (Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. CLXVIII, n° 4, 24 janvier 1919). Qu'est la séro-réaction de la syphilis (*Paris Médical*, t. XXVII, n° 34, 19 juin 1919). Les étapes de la syphilimétrie (1909 à 1922). Travaux et publications de l'I.P., fasc. I, 1922. L'organisation de la syphilimétrie (fasc. II, 1923). La portée sociale de la mesure de l'infection syphilitique (fasc. III, 1924.)
